

EsSalud: La gestión que todos debemos propender II

Directorios, Brechas y Políticas de Inversiones

En esta segunda entrega respecto EsSalud voy a señalar particularidades de las que usualmente no se mencionan en la prensa o revistas especializadas. En lo personal considero que la pandemia ha sido el “huracán sanitario” que descubrió las enormes carencias nuestro sistema sanitario y en particular de EsSalud.

La situación prepandemia es fruto y consecuencia de las 19 Presidencias que ha habido en lo que hoy conocemos como EsSalud¹. Dentro de ellas hemos escuchado, visto y leído reportajes con denuncias, irregularidades, malos manejos, e incluso descubrimiento de actos dolosos cometidos por funcionarios ligados a esas presidencias, o incluso, por ellas mismas. Pero ¿cómo debería ser el funcionamiento de la principal organización en Salud?

Presidentes Ejecutivos de EsSalud

Años	Nombre
1976-1980	Gustavo Aranibar Huambo
1980-1983	Octavio Mongrut Muñoz
1983-1985	Frank Griffiths Escardo
1985-1987	José Barsallo Burga
1987-1990	Felipe S. Salaverry Rodríguez
1990-1996	Luis Castañeda Lossio
1996-1997	Diego Alejandro Arrieta Elguera
1997-1998	Virginia Baffigo Torres de Pinillos
1998-2000	Manuel Vásquez Perales
2000-2002	Ignacio Basombrío Zender
2002-2003	Cesar Gutiérrez Peña
2003-2006	José Luis Chirinos Chirinos
2006-2010	Fernando Barrios Ipenza
2010-2011	Félix Ortega Álvarez
2011-2012	Álvaro Vidal Rivadeneyra
2012-2016	Virginia Baffigo Torres de Pinillos
2016-2018	Gabriel Del Castillo Mory
2018-2021	Fiorella Molinelli Aristondo
2021-	Mario Carhuapoma Yance

¹ Entre 1973-1980 se le conoció como Seguro Social del Perú, Instituto Peruano de Seguridad Social entre 1980-1999 y Seguro Social de Salud-EsSalud a partir de 1999.

La *PRESIDENCIA EJECUTIVA* es la principal posición dentro del *CONSEJO DIRECTIVO* de EsSalud, que como dijimos en nuestra primera entrega, es una persona jurídica de derecho público bajo el ámbito de regulación de FONAFE y adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. En “peruano” EsSalud es empresa pública, dentro de lo que se entiende como “capitalismo de estado”, y que, por definición es donde el estado combina, propiedad o control, para que todo posible margen sea invertido en mayor producción.

He mencionado esta precisión sin entrar en consideraciones político-partidarias, relacionadas a los presidentes de EsSalud, porque en el periodo tenemos de todo. Desde el gobierno militar de la fuerza armada, segundo gobierno de Fernando Belaunde, los dos gobiernos de Alan García, los diez años de Fujimori, el de transición de Paniagua y la ensalada caviar posterior. En todos ellos ha habido el convencimiento, unos en mayor medida que otros, respecto de la conveniencia en la forma de intervención en salud, pero no ha habido estabilidad² en políticas que redunden en beneficio de la satisfacción de los asegurados.

Asimismo, en nuestra anterior entrega mostramos con cifras, que las administraciones de los últimos 20 años, a pesar de disponer de más recursos, no han dado solución a problemas centrales, y que la dirección, era obviamente la responsable de la falta de implementación de políticas que les hagan frente. El máximo núcleo decisor en EsSalud, es el *CONSEJO DIRECTIVO*, donde la presidencia como dijimos es su máxima figura. Sus miembros, son designados³ por recomendación de la Cámara de Comercio de Lima y de la CONFIEP en cuanto a representación de los empresarios. De la CGTP y la CTP en lo que respecta a trabajadores públicos y privados respectivamente; y de la CUT en representación de los pensionistas.

En lo personal considero que este núcleo decisor es también parte del problema que describimos. Porque EsSalud sigue siendo una Institución transgresora, presa fácil de políticos, donde se multiplica el empleo de allegados, se favorece con compras y contratos a “amigos”. Como así lo indica la percepción de asegurados y ciudadanía. A pesar de los esfuerzos que pueden hacer las instituciones representadas en su consejo.

Una rápida revisión desde la perspectiva de un “stakeholder” primario, (léase inversionista) nos llevaría a formular una hipótesis indicando que: *los resultados*

² los 20 primeros años, dado que se cuentan 8 consejos directivos, versus la otra mitad del periodo, donde hubo los siguientes 11 consejos directivos mostrando mayor inestabilidad.

³ La ley 27056 de creación de las Seguro social en Salud, en su capítulo II respecto de la organización y administración, especifica la forma en que los representantes ante el consejo directivo deben ser reconocidos

económicos de EsSalud están influenciados por la selección de directores, y personal de alta gerencia relacionado a ellos. Ocasionalmente que se repitan los mismos errores para enfrentar problemas, sin lograr equilibrar ineficiencias provenientes de lo político y perjudicando el logro de metas.

Evolución Resultados EsSalud (en Millones de Soles)

Rubro	2008	2011	2013	2016	2019	2021 e	2021/2008	2021/2016
Ingresos de Operación	5,177.6	6,390.3	8,261.9	9,953.8	11,992.9	12,640.9	144.1%	27.0%
Egresos de Operación	4,589.1	5,880.8	7,287.3	9,507.4	11,487.8	12,072.1	163.1%	27.0%
Ingresos y Egresos Capital Neto	588.5	410.0	379.5	525.3	349.5	423.0		
Resultados	0.0	99.5	595.1	-78.9	155.6	145.8		
Gasto Prom por Asegurado	678.3	689.1	764.2	917.3	1,002.2	1,043.8	53.9%	13.8%

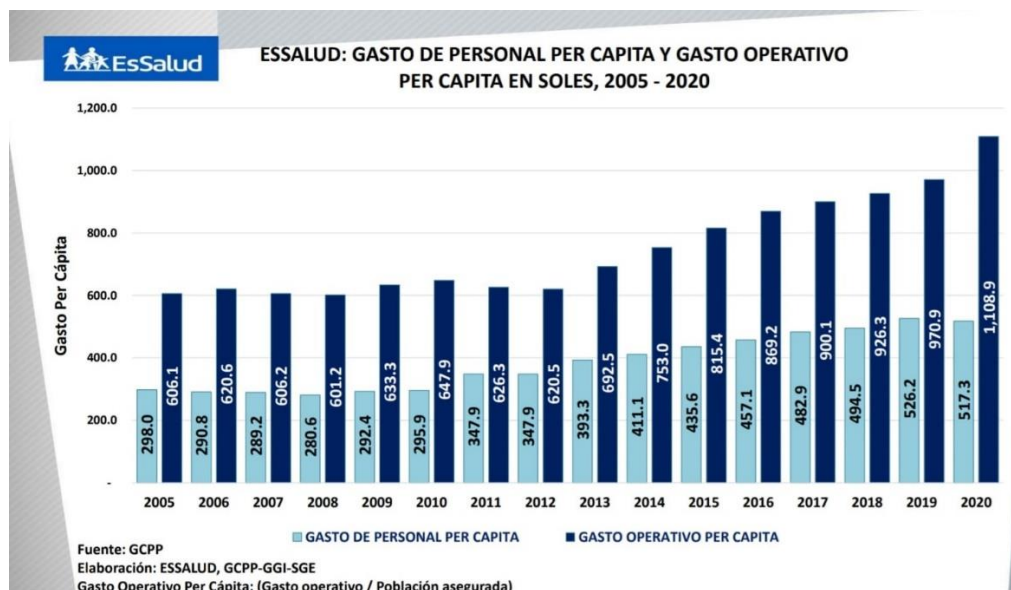
Es obvio que hacer un análisis riguroso para probar la hipótesis requieren de más recursos y tiempo, para que, al amparo de revisión de actas de directorio, se pueda demostrar la actuación inconsistente en el tiempo de los diversos consejos directivos. Sin embargo, por la evolución de resultados mostrada en el cuadro anterior, es evidente que sus integrantes no han sido capaces de concretar un esfuerzo de eficiencia consistente que genere excedentes suficientes para hacer frente a una política de desarrollo institucional.

Asimismo, a lo largo de este artículo relacionado a la revisión de las inversiones de EsSalud, buscare obtener precisiones respecto si la hipótesis es válida, si existe una política de inversiones (que cubra los objetivos estratégicos de la institución) y si las organizaciones mencionadas, tienen criterios de selección de representantes y si deben revisar sus criterios de selección. Ello porque deberían recibir las consecuencias de sus decisiones.

El siguiente gráfico donde se muestra la tendencia creciente del gasto de personal por asegurado de los últimos 15 años hace evidente que los consejos directivos solo han validado lo realizado⁴. Durante el proceso de investigación he buscado fuentes documentales que muestren discrepancias y posibles acciones tomadas respecto de mejoras en la productividad. Sin embargo, dadas las competencias mencionadas todo ha quedado en un segundo plano. Por ello considero que todos los participantes: estado,

⁴ Las competencias del consejo directivo son: a) dictar políticas y lineamientos institucionales en concordancia con la política nacional de salud, b) aprobar balance general, presupuesto, y memoria anual; c) proponer a través del MTPE modificaciones a la tasa de aportaciones y normas legales referidas al ámbito de EsSalud, d) Fijar las dietas de los consejeros, e) dictar disposiciones relacionadas con las obligaciones de las entidades empleadoras. Todas estas competencias conforman un consejo directivo "chicheño" con el fin de legalizar las acciones de una presidencia ejecutiva con plenos poderes. Solo recientemente las normas de FONAFE referidas a EsSalud han tenido el propósito de mejorar los criterios de decisiones al interior.

empleadores, trabajadores, e incluso analistas e investigadores, debemos revisar la narrativa respecto de EsSalud, ayudando a formar una real opinión y la implementación de soluciones técnico-profesionales que reduzcan lo político.

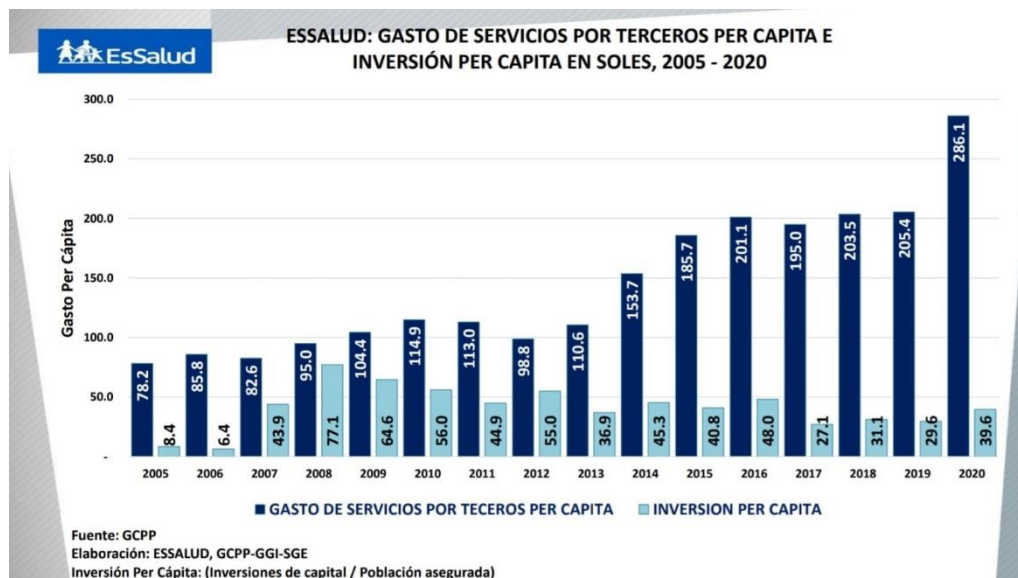


En mi opinión las competencias del consejo directivo y de la presidencia ejecutiva señaladas en los artículos 7mo y 8avo de la ley de creación de EsSalud deben ser revisadas para generar que todo el consejo directivo coadyuve a consolidar políticas de mayor eficiencia en beneficio de sus asegurados y derechohabientes⁵.

Todos los consejeros deben ser responsables de garantizar que los recursos que administra EsSalud, de acuerdo lo dispuesto por el artículo 12 de la constitución, sean intangibles y no puedan ser destinados a fines distintos a los de su creación. Si bien el consejo directivo de EsSalud no es equivalente al directorio del Banco Central de Reserva, debe ser materia de gran escrutinio y de atención porque deben garantizar la realización máximos esfuerzos para que la institución genere de excedentes y puedan ser destinados a todos los fines de la institución. Entre ellos se encuentra una política de inversiones que garantice la permanente modernización de la institución e incluso el rendimiento de sus inversiones financieras.

⁵ El principio de solidaridad, basamento de la Seguridad Social, esta acotado al grupo poblacional que mantienen iguales condiciones laborales y por ende de aportación, con cualquier otro significa un subsidio hacia ellos.

Sin embargo, durante varias administraciones se puede decir que se ha estirado la interpretación sacándole la vuelta a la disposición constitucional. Así los recursos que administra y que se reflejan monetariamente en el total 3 mil 600 millones de dólares en contribuciones recaudadas, tienen su contraparte en: 1) demanda que puede ser derivada a otros proveedores de salud (dado que administra 11 millones de asegurados y derechohabientes), 2) compra centralizada de bienes y servicios incluyendo distribución logística geográficamente 3) la contratación de personal para la provisión propia de servicios de salud versus la contratación de servicios de terceros. Las decisiones que se toman al respecto ocasionan que importantes recursos sean canalizados hacia otras instituciones, privadas y públicas⁶.

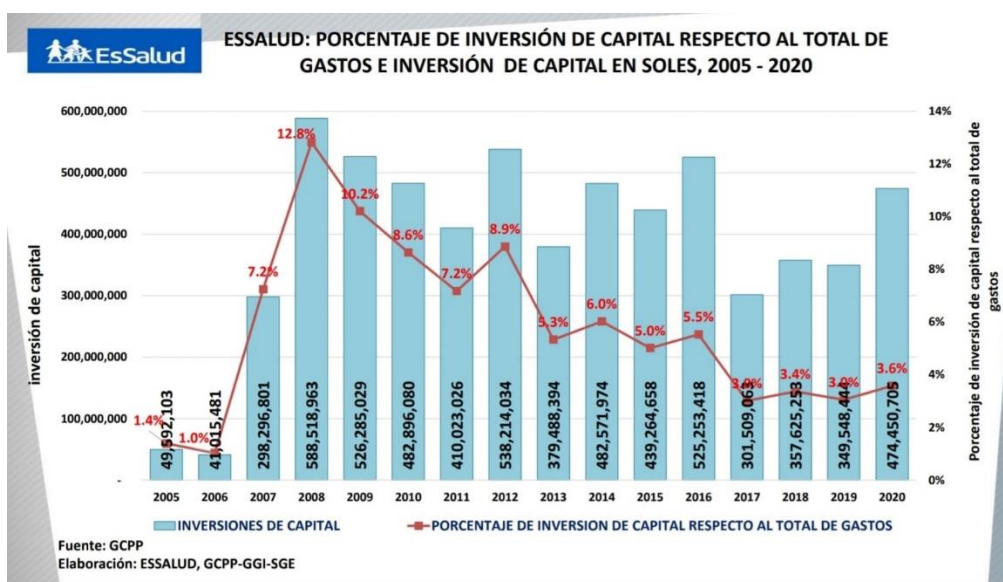


Durante los últimos años de incorporación de una “moderna tecnocracia” a EsSalud, algunos con rutilantes calificaciones, se han hecho promesas de grandes cambios y eficiencias que no se han concretado. Desde mi punto de vista, producto que lo importante y primordial que se inició o avanzó, se ha ido dejando de lado. Por ejemplo, las dos principales columnas de la seguridad social en Salud son los beneficios producto de economías de escala al; 1) operar centros asistenciales y 2) hacer compras centralizadas. Estos dos vectores pierden potencia por la incapacidad administrativa de concretar sistemas de compra que: 1) incluya distribución y control logístico y 2) por aumentar la tercerización.

⁶ Por ejemplo, mencionó la comisión de 1.4 % a favor de la SUNAT, depósitos de EsSalud que generan utilidades a los bancos, menor tasa de aportaciones por asegurados en el fondo agrario, incremento de servicios asistenciales prestados por terceros y finalmente SILSA y ESVICSA.

Ya en nuestro primer artículo precisamos que la población asegurada casi se duplicó, y que sistemas de información y gestión, que permiten mejorar la eficiencia fueron postergados o siguen desarticulados (manuales en cuanto al ingreso de datos), y, por ende, incapaces para la gestión⁷. Asimismo, que el déficit de camas para mantener el estándar del año 2007 es de 2,821 a las actualmente disponibles.

La evolución de los gastos de inversión sobre el total de gastos muestra de manera agregada, la ausencia de una política de inversión en EsSalud. Dejo para otra oportunidad ingresar al análisis de los conceptos de inversión realizados y su comparación con las brechas requeridas. Pero esta claro que la realización de inversiones ha dependido más de asegurar los recursos para ello, que de tener prevista la ejecución de inversiones adecuadas a las condiciones demográficas de la demanda por servicios de salud o las necesidades de modernización tecnológica.



Muy bien, entonces cómo una política de inversiones debería enfrentar los déficits. Esos que existen hoy, porque tampoco hubo una política hace 30 años, y es vital hacerles frente en una institución como EsSalud⁸. Es conveniente precisar que me referiré a una política de inversiones que requiere EsSalud. *No hablare de más o menos empresa privada versus más o menos estado. Hablare de más o menos eficiencia y eficacia, de sencillez para resolver*

⁷ Otro posible vector de análisis es como solo se ha dado cambios de nombre, nivel y ubicación de las gerencias en la estructura organizacional y los costos involucrado a ello (tanto de la sede central y cabezas red). El típico cambio que propone siempre una burocracia que quiere más, pero no hace ni siquiera lo mismo. Es decir, es menos productiva.

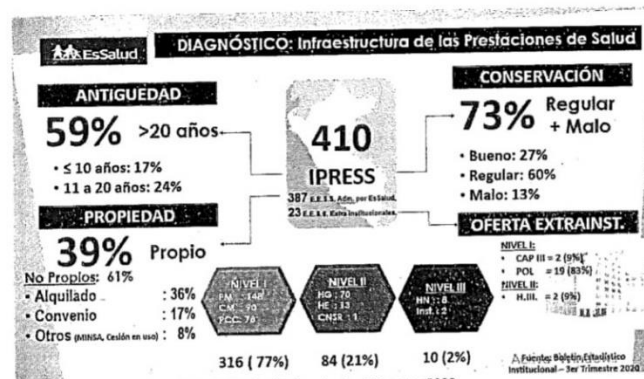
⁸ La formulación de gastos de inversión paso de S/. 77 por asegurado en 2008 a S/. 35 por asegurado en el 2021. Demostrando claramente la falta de priorización de los recursos para este concepto.

lo complejo, de investigación para lo por venir, de no dejar de hacer lo básico para cubrirlo por lo noticioso.

Es evidente la complejidad para definir una política de inversiones en EsSalud, no solo porque se requiere asegurar recursos para ello, sino sobre todo tenerlos definidos para que y disponibles en cantidad y oportunidad necesaria para atender los 387 establecimientos de salud. Así por ejemplo hoy 50 de ellos a nivel nacional se encuentran en mal estado (1er y 2do nivel de atención), y en paralelo, hay los que requieren renovación y modernización casi total por su antigüedad⁹ dentro de los de mayor resolución (3er nivel) representando una inmensa inversión.

Por ello es estratégico que se consoliden acuerdos dentro de las diferentes organizaciones que participan en el consejo directivo, para que aseguren no solo los recursos sino la consistente utilización en el tiempo.

Gráfico N° 04: Resumen del Diagnóstico de la Infraestructura Asistencial de EsSalud



Cuadro N° 06: Estado de la Infraestructura Asistencial administrada por EsSalud, Tercer Trimestre 2020

NIVEL DE ATENCIÓN	Estado de la Infraestructura			Total
	Bueno	Regular	Malo	
PRIMER NIVEL	81	180	34	295
SEGUNDO NIVEL	21	45	16	82
TERCER NIVEL	3	6	1	10
Total	105	231	51	387

Fuente: Sub Gerencia de Mantenimiento - GCPI - EsSalud

⁹ Con 79 años el hospital Almenara y 63 años el hospital Rebagliati. De acuerdo con la política de inversiones del ejercito americano la renovación y modernización se realiza en un intervalo de cada 30-50 años.

De acuerdo con lo avanzado hasta el momento es evidente que una reforma profunda es urgente, tanto en la norma que constituye los miembros del consejo directivo, como en la actuación de ellos. Dado que una política de inversiones debe ser definida a la luz de las condiciones demográficas¹⁰, epidemiológicas, medicas, actuariales, sociales, económicas e incluso hasta políticas. Pero, sobre todo, debe ser ejecutada de manera comprometida en el tiempo, para garantizar que logre la maximización de rendimientos a favor de los asegurados.

Durante el proceso de elaboración de este artículo solo he encontrado una aportación específica orientada a la formulación de una política de inversiones. Es la realizada por el ex presidente de CONFIEP Sr. Martín Pérez, el cual propuso que la exoneración de la aportación sobre las gratificaciones¹¹ (la cual tuvo un impacto importante sobre la prima media) sea eliminada, y su asignación exclusivamente destinada a financiar inversiones. Adicionalmente, no he encontrado declaraciones públicas de representantes de los trabajadores que orienten la formación de una asignación para inversiones.

Para dar mi opinión respecto de la política de inversiones que EsSalud debe tener, lo hare a la luz de lo expresado por el presidente ejecutivo actual de EsSalud Dr. Mario Carhuapoma Yance¹². A días de su nombramiento, marcado por las usuales declaraciones políticas de últimos presidentes, donde salen por aquí o por allá para expresar sus planes, Indico a la prensa especializada que ejecutara un shock de inversiones¹³ en regiones para fortalecer atenciones en zona costera, andina, amazónica y del altiplano. Indicando además que ejecutaran 12 proyectos para construir, ampliar e implementar hospitales¹⁴ a

¹⁰ El proceso de envejecimiento de la población peruana y donde está ubicada geográficamente es determinante para ser considerado en la formulación de inversiones. Para más detalles de algunas cifras referirse al "Porvenir de la Vejez" Seminario, Cruz Saco y otros Fondo Editorial Universidad del Pacifico.

¹¹ 24 de junio de 2015 se publicó Ley 30334, que estableció medidas para dinamizar la economía. Se exoneró del aporte del 9% a las Gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad, disponiendo que dicho monto se otorgue a favor del trabajador como bonificación extraordinaria.

¹² Doctor en Farmacia y Bioquímica (UNMSM) y Doctor Investigador CONCYTEC, categoría REGINA-RENACYT de acuerdo con información oficial publicada en la página de EsSalud.

<https://www.gob.pe/institucion/essalud/funcionarios/43996-mario-carhuapoma-yance>.

¹³ Publicado el 13 de agosto en diario Gestión. EsSalud anuncia Shock de Inversiones en Infraestructura Hospitalaria <https://gestion.pe/peru/coronavirus-mario-carhuapoma-presidente-de-essalud-anuncia-shock-de-inversiones-en-infraestructura-hospitalaria-nndc-noticia/>

¹⁴ EsSalud cuenta con 410 establecimientos de salud de diversos niveles de resolución de los cuales 387 son operados directamente por EsSalud y 23 son extrainstitucionales. Asimismo, de acuerdo con el reporte de diagnóstico de la infraestructura, de los operados directamente, el 59 por ciento tiene antigüedad mayor a 20 años, 36 por ciento es alquilado, 39% es propio y 13 por ciento del total se considerada en mal estado.

fin de contar con 2,469 camas¹⁵ y que se trabaja para la edificación de 13 hospitales modulares, 11 de ellos en provincias.

Como nadie se inventa un plan de shock de inversiones de la noche a la mañana, y menos uno que tenga alguna posibilidad de ser ejecutado. Es obvio que ese plan tiene que estar basado en el plan multianual de inversiones aprobado y publicado en febrero 2021 con resolución de presidencia ejecutiva No 119. El cual nos permitirá medir si el doctor investigador ha descubierto la alquimia perfecta, que dice tener para generar soluciones y eficiencias, logrando recursos que aceleren inversiones y además las convierta por arte de magia en un *SHOCK DINAMIZADOR*.

CARTERA DE INVERSIONES DEL PROGRAMA MULTIANUAL DE INVERSIONES 2022 - 2024

OPMI de la Entidad: ORGANISMO ENCARGADO DE ELABORAR EL PMI DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ - ESSALUD

Pág. 12 de 12

Nivel de Gobierno: GOBIERNO NACIONAL

Fecha de Generación de Último Reporte de Cartera: 15/02/2021 15:56:19

PRIOR.	CÓDIGO UNICO	CÓDIGO IDEA	CÓDIGO PROJ.	NOMBRE INVERSIÓN	TIPO DE INVERSIÓN	FUNCIÓN	RUEC/O.U.E. PRESUPUESTAL	CICLO DE INVERSIÓN	ORDEN DE PREFERENCIA	FUNT.	COSTO INVERS. ACTUALIZADO (S/)	DEBEREADO ACUMULADO (a 31 de 2020) (S/)	PMI 2021 (S/)	SALDO PROGRAMABLE (S/)	PROGRAMACIÓN DEL MONTO DE INVERSIÓN (S/)			SALDO PENDIENTE (S/)	COFIN.
															2022	2023	2024		
98		113037		REHABILITACIÓN DE LA RED PRESTACIONAL REHABILITACIÓN DEL DISTRITO DE JESUS MARIA - PROVINCIA DE IMA - DEPARTAMENTO DE LIMA	PROYECTO DE INVERSIÓN	SALUD	ESSALUD	IDEA	H	0.475	182,404,476	0	6	168,464,479	0	1,192,720	20,860,203	138,251,716	NO
99		112831		CREACIÓN DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO DE LORETO, DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA - PROVINCIA DE MIRAFLORES - DEPARTAMENTO DE LORETO	PROYECTO DE INVERSIÓN	SALUD	ESSALUD	IDEA	H	0.438	458,000,000	0	0	450,000,000	327,458	1,000,000	1,200,000	447,672,542	NO
100		112458		CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD LAMAYVOSQUE EN LA RED ASISTENCIAL LAMAYVOSQUE, DISTRITO DE POGALICA - PROVINCIA DE CHICLAYO - DEPARTAMENTO DE LAMAYVOSQUE	PROYECTO DE INVERSIÓN	SALUD	ESSALUD	IDEA	H	0.468	730,000,000	0	0	730,000,000	1,690,000	1,330,000	1,000,000	887,000,000	NO
101	2407886			PROYECTO APP ALMACENES (RUCOS)	PROYECTO DE INVERSIÓN	SALUD	ESSALUD	EJECUCIÓN	H	0.125	140,844,430	71,737,282	6,890,160	58,742,298	8,850,100	6,850,100	6,850,100	38,289,839	
TOTAL (S/)												283,958,537	12,279,848,48	338,466,542	478,836,737	814,184,471	16,825,242,711		



La cartera de inversiones que conforma el plan multianual de inversiones valga la redundancia, incluye 101 proyectos plan por un total de 12 mil 279 millones de soles, y los hay en fase de ejecución, formulación y evaluación, e incluso en la de "idea de proyecto". Los 13 proyectos que están en la fase de ejecución suman ellos, 3 mil 724 millones de soles (30 %), y su ejecución se programa dentro los próximos 3 años por tener parte de requerimientos en proceso¹⁶. Respecto de los que se encuentran en fase de formulación y evaluación, hay 23 por un total de 2 mil 317 millones (18 % del total) y por lo tanto a la fecha no tienen aprobado Proyecto de Inversión Pública (PIP). La diferencia, son 65 ideas de proyectos por un total valorizado en S/. 6, 238 millones. Esta lista en resumen muestra trabajos por hacer y no inversiones por ejecutar en el corto plazo.

¹⁵ Noten que las camas previstas cubren solo el 88 por ciento del parámetro estimado por nosotros. Es decir que no se llegarían a estándares del 2007.

¹⁶ Expediente técnico, saneamiento físico legal, factibilidad de servicios básicos, habilitación urbana, en lo que corresponda para a las fases de perfil de inversión, formulación y evaluación y ejecución del proyecto.

De los 23 proyectos que están en fase de formulación y evaluación, es decir que no iniciaran obras ni por jugar dentro de los próximos 6 meses, por obvias razones¹⁷, están incluidos la edificación de los 13 hospitales modulares mencionados, de más fácil formulación y evaluación por ser casi "estandarizada", y la diferencia está conformada por ampliación, creación y mejoramiento de servicios especializados dentro de centros asistenciales.

Asumiendo cifras gruesas estamos hablando de un plan multi anual que en su primera fase (en ejecución y en formulación) suma US\$ 1,473 millones. y de acuerdo con la programación consignada en el documento por la administración anterior, solo preveía ejecutar el 19.4 %. Es decir, el equivalente solo a unos 95 millones de dólares anuales. Con lo cual como verán quedo totalmente diluido el publicitado con bombos y platillos shock de inversiones.

Asimismo, luego de una revisión los reportes de inversión de los últimos años, puedo afirmar que el ultimo presentado, muestra un enorme avance para ir perfilando las inversiones en el tiempo. Dado que incluye: 1) priorización, 2) orden de prelación y 3) incluye algunos proyectos administrativos. A pesar de que los sistemas de información que soportan la ejecución de inversiones reportan muchas carencias y deficiencias, de acuerdo con lo que informa la propia unidad de control interno de EsSalud. Sin embargo, me permito sugerir que en los futuros planes Multianuales: 1) no se cambie de formatos, 2) no se deje de lado información de la planificación y ejecución por centro asistencial y 3) se acumule por tipo de inversión (infraestructura, equipos y tecnología), tal manera, de permitir evaluar la consistencia de la formulación y ejecución por etapas.

En conclusión, EsSalud no cuenta con política de inversiones en el tiempo, los miembros de su consejo directivo han dicho poco al respecto, y se observa que se requiere modificar las facultades del consejo para hacerlo más concertador y equilibrado. Asimismo, el esfuerzo de los asegurados por defender sus empleos, y con ello sus contribuciones en medio de una pandemia no son retribuidos cuando nos define política de inversiones.

Solo consideraciones de orden político explican que aun con pandemia, con US 100 millones de pérdida operativa a julio y proyección de cierre asumiendo un escenario super optimista para los ingresos se anuncie shock de inversiones En situaciones normales una organización como EsSalud debe tener una infraestructura administrativa capaz de soportar la formulación, evaluación, ejecución y control de sus inversiones asegurando de

¹⁷ Por el tiempo involucrado en componentes como saneamiento físico legal, habilitación urbana etc. A los cuales hay que añadir los relacionados al proceso de licitación y de adelantos para el inicio en la ejecución de obras.

esta manera que es capaz de lograr lo que planifica. Por el comportamiento del porcentaje de gasto de inversión sobre gastos totales esta infraestructura administrativa no está afiatada o disponible.

Desde consideraciones que he venido elaborando y cuyo detalle son materia de otro artículo, estimo que la política de ejecución de inversiones debe situarse entre 6 y 9 por ciento promedio anual de los ingresos. Es decir, entre 210 y 320 millones de dólares promedio anuales. Para ello se requiere generar recursos adicionales y eficiencias para financiarlo. En cuanto a la formulación de planes de inversión multianuales se requiere acentuar los equipos y tecnología buscando estirar al máximo posible la vida de la infraestructura.

La pretendida integración del SIS y EsSalud bajo el argumento que la infraestructura pueden ser complementarias y ayudarse mutuamente, es someter a presión adicional a la capacidad existente que muestra que no es disponible, sino que mantiene colas de atención y servicios embalsados. Ante lo cual consejeros que representan tanto a los trabajadores y empleadores no se expresan sino incluso deben defender los Derechos que tienen los trabajadores sobre sus recursos y exigir la máxima eficiencia en beneficio de ellos.